

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 7 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. TELLIER (PIERRE-AUGUSTE)

Né le 24 Juin 1908, à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRUHINSHOLZ, Prof. . . .	<i>Président</i>
RICHON, Prof.	<i>Juges</i>
VERMELIN, Agrégé. . . .	
CHALNOT, Agrégé. . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^{ie}

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 7 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. TELLIER (PIERRE-AUGUSTE)

Né le 24 Juin 1908, à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FRUHINSHOLZ, Prof. . .	<i>Président</i>
		RICHON, Prof.	} <i>Juges</i>
		VERMELIN, Agrégé. . .	
		CHALNOT, Agrégé. . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^e

1935

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O ; WEISS, O *, I O ;

BOUIN, O *, I O ; ANCEL, *, I O ;

GARNIER, *, I O ; MACÉ, *, I O ; P. PARISOT, O *, I O.

M. DUFOUR, *, I O ; M. G. THIRY, *, I O.

Professeurs :

Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, O *, I O.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, O *, I O.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I O.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÖELICH, *, I O.
Physiologie.....	M. M. LAMBERT, *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *, I O.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I O.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I O.
Chimie médicale..	M. H. ROBERT, *, I O.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, *, I O.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, *, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, I O.
Hydrologie.....	M. SANTENOISE, *, A O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, *, I O.
Bactériologie.....	M. DE LAVERGNE, *, I O.
Professeur sans chaire.....	M. L. JOB, *, I O.
	M. WATRIN, *, I O.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses...	{ M. M. PERRIN, *, I O, professeur.
Pathologie générale.....	{ M. P. SIMONIN, A O, agrégé.
Clin. gynécologique.....	M. P. SIMONIN, A O, agrégé.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, *, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses...	M. GUILLEMIN, A O, agrégé.
Propédeutique dermatologique.....	M. DE LAVERGNE, *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. WATRIN, *, I O, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie.....	M. M. BARTHÉLEMY, *, I O, agr. libre.
	M. G. LAMY, *, I O, agrégé libre, chargé de cours.
Accouchements (cours théorique).....	M. JOB, *, I O, professeur sans chaire.
Obstétrique.....	M. VERMELIN, *, A O, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. DROUET, A O, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. MUTEL, *, I O, agrégé.
Pathologie interne.....	M. ABEL, *, A O, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique (1).....	M. L. MERKLEN, A O, agrégé.
Physiologie du travail.....	M. L. MERKLEN, A O, agrégé.
Clinique neurologique (1).....	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1).....	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie.....	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. MERKLEN, A O.	M. POURSINES, A O.	M. ABEL, *, A O.
M. FLORENTIN.	M. MELNOTTE, O *, A O.	M. DROUET, A O.
M. BODART.	M. MUTEL, *, I O.	M. P. SIMONIN, A O.
M. CHALNOT.	M. VERMELIN, *, A O.	
M. WOLFF.	M. GUILLEMIN, A O.	

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O ; S. RÉMY, I O ; BUSQUET, I O.

MM. FAIRISSE, I O ; BINET, *, I O ; BARTHÉLEMY, *, I O ; LAMY, *, I O.

M. E. TRIBOLET, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fourni ce sujet de thèse et a
bien voulu la présider.*

A MES JUGES :

M. LE PROFESSEUR RICHON

Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VERMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

*En témoignage de reconnaissance, pour
avoir accepté de juger cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

La *Phlegmatia alba dolens* au cours de la gestation a été peu décrite jusqu'à ce jour. La phlébite du post-partum est étudiée depuis longtemps.

Ribemond-Desaignes et Lepage ont dit quelques mots de la phlébite de la grossesse, mais elle n'a pas été jusqu'ici l'objet de nombreuses publications. On trouve celles de Bar, de Laborderie, de Rudaux, d'Audebert, du docteur Remy, de Nancy, plus récemment de Ramon et du docteur Hartmann, de Nancy.

En 1925, on relève un travail plus complet dans la thèse de Bardin et, en 1932, dans celle d'Olivier Chazel.

Le professeur A. Fruhinsholz n'en a vu que 6 cas échelonnés sur toute sa carrière ; M. Couvelaire (Com. orale à A. Fruhinsholz), resté longtemps sans en rencontrer un seul cas, en a observé 5 cas coup sur coup, dont un mortel, à l'occasion du travail.

A. Fruhinsholz, devant l'intérêt de la question, a bien voulu nous offrir ce sujet de thèse, ce dont nous l'en remercions bien vivement et lui en sommes profondément reconnaissant.

Jean Bardin, élève de P. Puthaux, n'en a trouvé que 2 cas sur 40.000 accouchements à la Maternité en

dix ans. Il en a cependant réuni dans sa thèse 6 cas personnels en deux ans, dont 3 observés en l'espace d'un trimestre.

La thèse d'Olivier Chazel, de 1932, ne compte que 8 cas.

Nous ne ferons pas l'historique de la *Phlegmatia alba dolens* en général, qui était connue depuis longtemps, puisque, dans le *traité des maladies des femmes* Mauriceau, en 1733, y consacre quelques lignes.

Nous nous sommes efforcé de grouper le plus grand nombre d'observations possible, et nous sommes heureux ici de remercier MM. Fruhinsholz, Vermelin, Hartmann, qui nous ont fourni des observations inédites et nous ont, par cela même, facilité grandement notre travail en le rendant sensiblement plus intéressant qu'il ne l'eût été.

Nous sommes parvenu à réunir 26 observations de *phlegmatia alba dolens*, dont 3 appartenant au fichier de la Maternité de Nancy, 2 étant inédites.

Nous avons fait notre possible pour tirer de l'ensemble de ces observations quelques considérations intéressantes sur l'âge de ces parturientes phlébitiques, la parité de ces malades, les tares ou causes supposées de ces phlegmatias, la date de leur apparition au cours de la gestation, leur lieu de prédilection avec leurs formes cliniques différentes, subfébriles comme celles du post-partum ou apyrétiques, caractère qui les en différencie.

Nous avons joint à ces 26 observations, deux observations de la Maternité de Nancy; l'une et l'autre étaient un cas d'œdème subit coïncidant avec l'enga-

gement chez une fibromateuse, et l'autre dû à la rétention d'un utérus gravide rétroversé de plus de 3 mois, observations qui ont été l'objet d'une courte publication de M. A. Fruhinsholz et qu'il nous a paru intéressant de rapporter au point de vue discussion de diagnostic. De l'ensemble de ces observations, nous avons essayé de tirer des conclusions quant aux pronostics immédiats de la gestation et à ceux, plus lointains, de l'accouchement et du post-partum.

Nous dirons quelques mots également de la conduite à tenir au cours de l'accouchement, question qui fut parfaitement traitée par P. Guernot, chez les gestantes ayant une phlébite en évolution, dans la *Revue Médicale Française*, n° 9 du mois de décembre 1934.

De même, le traitement de ces phlébitiques, au cours de la grossesse.

Nous espérons, de la sorte, avoir apporté notre très petite contribution à l'étude d'un fait clinique, qui, s'il n'est pas tout à fait exceptionnel, est cependant loin d'être courant.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Sur les 26 cas, 7 sont inédits. On compte 14 multipares sur 23 dont la parité est précisée, et 9 primipares.

Dans chacun des cas observés, il y a toujours quelque chose d'insolite.

C'est ainsi que nous voyons dans l'observation n° IV une insertion vicieuse du placenta chez une jeune primipare, avec hémorragie qui donnera lieu à un accouchement prématuré.

Aux cas n° I et n° VII il s'agit d'utérus fibromateux dont l'un d'ailleurs est accompagné de métrite.

L'observation n° V nous montre chez une multipare d'âge moyen l'apparition d'une phlegmatia du membre inférieur gauche, consécutive à une embolie traumatique, résultant d'une fracture double de la jambe gauche au 2° mois de la grossesse.

Nous rencontrons la colibacillose dans nombre de cas : en effet, cette affection est à l'origine des observations n° III, n° VIII, n° XI, n° XII, également cardiopathe, n° XIII, qui fait une pyélite, n° XIV, qui pré-

sentait un hydramnios, n° XV, à colibacillose probable, n° XVI et n° XVII, n° XX ; femme variqueuse à droite en même temps qu'elle présentait de l'endométrite et fit sa phlébite du membre inférieur gauche.

L'endométrite, pour sa part, contribua à nous fournir quelques observations : n° V, dont la femme eut deux avortements antérieurs ; le n° VII, qui, quoique présentant de l'endométrite, dut sa phlegmatia à une légère dégénérescence fibromateuse ; le n° XVIII qui présenta un avortement antérieur et dut subir un curetage ; le n° XIX, qui était en même temps une spécifique et une bacillaire et perdit, antérieurement à sa phlegmatia, un enfant de méningite bacillaire ; le n° XX cité plus haut, qui, présentant des varices du membre inférieur droit, vit s'installer une phlegmatia gauche.

Nous trouvons comme particularité à l'observation X une tumeur ovarienne droite, dont la femme fit une phlébite gauche, puis, dix jours après, une phlébite droite.

L'observation IX nous montre l'existence d'un pied bot chez l'enfant.

Un cas de rupture prématurée des membranes à moins de 7 mois chez une primipare de 24 ans, femme spécifique et présentant de la collibacillurie, suivie 3 jours après d'une phlegmatia gauche, puis droite 15 jours après, phlébites qui s'accompagnèrent d'une légère élévation de température, ce qui semble indiquer que cette phlébite fut l'effet de la rupture et non la cause.

Chez de nombreuses femmes, nous trouvons une hérédité veineuse variée : n° XI a mère phlébitique ; n° 17, dont la mère présenta une phlegmatia de la grossesse ; les observations n° XXIV et XXV, malades dont la grand'mère maternelle présenta de nombreuses phlébites et dont les quatre sœurs souffraient de troubles veineux divers. Cette femme fit d'ailleurs sur le même membre phlébitique une récurrence trois semaines après et l'on note, par la suite, chez cette même femme quatre phlegmatia dont trois à gauche et une à droite.

Les observations n° XXII, XXIII et XXIV ne nous permettent pas de rattacher, à l'apparition de leurs phlébites, des tares de causes quelconques.

CAUSES PRINCIPALES	NOMBRES	OBSERVATIONS N°
Colibacillose . . .	10	III - VIII - XI - XII - XIII - XIV - XV - XVI - XVII - XX.
Endométrite . . .	5	V - VII - XVIII - XIX - XX.
Hérédité veineuse	4	XI - XVII - XXIV - XXV.
Utérus fibromateux	2	I - VII.
Insertion vicieuse.	1	IV.
Fracture gauche .	1	VI.
Tumeur ovarienne	1	X.
Pied bot enfant. .	1	IX.
Rupture prématurée des membranes	1	II.
Grossesse seule. .	3	XXII - XXX - XXIV.

En résumé, les causes principales supposées sont : la première, microbienne, qui présente le plus grand nombre de cas : 10 fois nous rencontrons le colibacille et 5 fois l'endométrite sur 23 cas et une insertion

vicieuse du placenta. *La seconde : augmentation du volume de l'utérus en dehors du facteur gestation :* 2 utérus fibromateux, une tumeur ovarienne, un hydramnios, soit 4 cas.

La troisième : une hérédité veineuse manifeste, qui rend certaines femmes plus susceptibles que d'autres à faire des phlébites.

Enfin, quelques cas isolés : fracture de jambe, pied bot, rupture prématurée des membranes que nous pouvons rattacher dans le cadre des infections.

Nous verrons ultérieurement qu'un certain nombre de modifications humorales durant la grossesse sont de nature à favoriser les thromboses sanguines.

La stase colique est très fréquente chez la femme en général, et la gestante en particulier. Le colibacille, hôte habituel de l'intestin, accroît sa virulence à la faveur de cette stase et n'a pas de mal, en forçant la barrière intestinale, à pénétrer dans l'organisme. Ainsi se trouve réalisé un état de bacillémie qui se manifeste surtout par un état marqué d'asthénie, une température légèrement subfébrile et souvent quelques frissons. Ceci accompagné de constipation opiniâtre, avec parfois légères débâcles intestinales.

L'organisme s'efforce d'éliminer ce colibacille de la circulation ; de là les pyélonéphrites si fréquentes de la grossesse et les congestions hépatiques.

Or, nombreux sont les thrombus veineux dans lesquels le laboratoire a montré le colibacille. De plus, Jakouski a montré que le colibacille était susceptible

de sécréter une substance coagulante, à condition que la vitesse du sang soit ralentie suffisamment.

La bacillémie n'est pas le seul mode d'infection du colibacille; les travaux d'un certain nombre d'auteurs, dont Le Lorier, ont mis en évidence le rôle important de l'infection du petit bassin par le colibacille dans l'étiologie des phlébites.

Les dilatations variqueuses par suite d'infections cutanées donneraient lieu à la périphlébite, à laquelle succéderait la phlébite variqueuse qui se propagerait aux veines profondes dont l'oblitération déclancherait la *phlegmatia alba dolens*.

Voyons maintenant, parmi les modifications nombreuses de l'organisme maternel, celles qui sont le plus susceptibles d'augmenter la coagulabilité sanguine et, par suite, de donner plus facilement naissance aux phlébites qui nous intéressent :

Le fibrinogène du sang, qui diminue au cours des cinq premiers mois de la gestation, augmente considérablement durant les quatre derniers mois et contribue, en plus de la contraction utérine, à thromboser les sinus utérins de la vaste plaie utérine causée par le décollement placentaire.

Les dosages du calcium sanguin chez la gestante permirent de croire autrefois à une hypercalcémie. Or, les travaux de Yensen et Denis montrent, qu'au contraire, au cours du 9^e mois de la grossesse, chez 55 % des femmes il y a une hypocalcémie très nette.

Au cours de la grossesse, il y a accroissement de la masse totale du plasma, sans que le nombre total d'hématies subisse de variation. Il y a donc hydrémie san-

guine, qui diminuant la viscosité sanguine est défavorable à la constitution du thrombus. Mais le chiffre des leucocytes augmente considérablement de 5.000 à 6, 7, 8.000 et plus. Cette augmentation porte surtout sur les polynucléaires. Leur destruction et leur formation libèrent dans le plasma une certaine quantité de thrombokinase.

De plus, il est des modifications endothélio-plasmiques fort bien décrites dans la thèse d'O. Chazel et que nous ne retracerons pas ici, prouvées par l'épreuve du temps de saignement expérimental (Boccage, Weill (P. E.), Isch Wahl), montrant une augmentation du temps de saignement coexistant avec une diminution très nette du temps de coagulation qui, de dix minutes environ, passe à quatre minutes, la rétractilité du caillot restant cependant normale.

Il y a donc, au cours de la grossesse, hypercoagulabilité sanguine, mais pour que le thrombus se constitue, il faut une lésion endothéliale. En effet, Hewson et Buck ont bien montré que, dans une veine, entre deux ligatures, le sang isolé ne se coagule qu'à l'apparition des premières lésions endothéliales.

De plus, la grossesse facilite encore la formation du caillot thrombosique, soit :

— Par la multiplication, la dilatation et l'allongement des vaisseaux utérins qui ralentissent la circulation pelvienne.

— Et encore par le volume de l'utérus gravide, qui encore augmenté du fait de fibromes ou de tumeurs ovariennes juxtaposés ou présentant un hydramnios,

comprime et traumatise les veines périutérines ; de même que les contractions utérines à partir du 4° ou du 5° mois.

— Soit encore que la grossesse devienne une cause d'altération de l'endothélium par pénétration de l'œuf par effraction dans la muqueuse utérine et les villosités jusqu'au contact de l'endothélium vasculaire ; ou par migration de cellules géantes de la caduque jusque dans les sinus utérins.

Cette auto-intoxication gravidique expliquerait l'évolution apyrétique, l'apparition tardive et l'importance que nous avons notée d'une hérédité veineuse de nombreuses *phlegmatia alba dolens* de la grossesse.

DATES D'APPARITION

Dans le courant du deuxième mois, nous relevons trois cas :

N° V, femme à endométrite préalable.

N° VI, double fracture de jambe, avec embolie traumatique, à laquelle succéda la phlébite.

N° XXVI, un des rares cas mortels, sur lequel nous n'avons malheureusement pas de renseignement.

Au cours du troisième mois, également trois cas :

N° VII, à utérus fibromateux légèrement dégénéré et qui fit un avortement de quatre mois et demi.

N^{os} XXIV et XXV, à hérédité veineuse manifeste, dont le dernier présenta une récédive du même côté au sixième mois.

Durant les 4^e et 5^e mois, également 3 cas, dont 2 colibacillaires (n^o XIII et XVII) et une tumeur ovarienne (n^o X) qui, au début du sixième mois, 10 jours après sa phlegmatia, présenta une phlébite du membre inférieur opposé.

Durant le 5^e mois : 3 observations.

N^o XI, à hérédité veineuse,

N^o XX, à endométrite, et

N^o XXI, qui mourut brutalement par embolie à forme syncopale.

Durant les 7^e et 8^e mois : 14 observations.

Cet exposé succinct nous montre que, sur 26 cas : 6 cas sont antérieurs à 4 mois, dont l'un consécutif à une fracture double de la jambe.

Du 7^e au 9^e mois, 14 observations.

Ce qui tendrait à démontrer qu'il y a un rapport étroit entre l'apparition de la phlegmatia et un utérus volumineux des derniers mois de la gestation, de même qu'à cette période les modifications humorales favorisant la coagulation atteignent leur maximum.

LOCALISATION

Sur 25 cas à localisation connue, nous trouvons, au membre inférieur gauche, la *phlegmentia alba dolens* 20 fois.

N° I, à utérus fibromateux, où le palper a fait sentir un gros nodule dans l'hypogastre gauche.

N° II, qui présenta, 15 jours après, une phlébite droite.

N° III, qui 8 jours après l'accouchement, 7 semaines après le début de la première phlébite, en fit une du côté opposé.

N^{os} IV et V.

N° VI, à fracture double de la jambe gauche.

N° VIII.

N° IX, à phlébite droite, à 15 jours d'intervalle.

N° X, de même 10 jours après.

N° XI.

N° XIII, également à bascule, à 15 jours de la première.

N^{os} XIV, XV, XVI.

N° XVII, droite peu de jours après, que l'on peut considérer presque comme phlébite bilatérale.

N^{os} XVIII, XX, et XXI.

N° XXIII, à bascule, 15 jours après.

et n° XXX, qui fit une récurrence également à gauche environ trois mois après,

Viennent ensuite 4 phlegmatia du membre inférieur droit :

Observations :

N° VII, à utérus fibromateux, dont un nodule volumineux situé à droite

et les n^{os} XII, XXII et XXIV.

Deux phlébites bilatérales :

N° XVII, déjà citée, qui peu de jours après une phlébite gauche vit s'installer une phlébite du côté opposé,

et n° XIX, qui récidiva bilatéralement un mois après.

Nous avons observé 5 cas à bascule à 10-20 jours d'intervalle, et qui débutèrent tous du côté gauche. Ce sont les observations :

N° II, à présentation d'un siège,

N° IX, dont l'enfant présenta un pied bot,

N° X, à tumeur ovarienne droite,

XIII et XXIII.

Notons également une récidive du même côté dans l'observation XXV à 3 mois d'intervalle, à gauche, et qui, par la suite, a présenté 4 *phlegmatia alba dolens*, dont une droite.

Un cas de récidive du côté opposé : observation III, que nous ne rangeons pas dans les *phlegmatia* à bascule, quoique la première fut gauche et la seconde droite, mais avec un décalage de 50 iours et le début de la phlébite droite étant apparu 17 jours après que tout fut rentré dans l'ordre à gauche.

Donc, 20 fois sur 25, soit dans 80 p. 100 des cas, la phlébite siège au membre inférieur gauche, ce qui paraît indiquer la prédominance d'une cause constitutionnelle.

En effet, à gauche, la veine hypogastrique repose directement sur le plan osseux, et elle est croisée en avant par l'artère iliaque droite.

Au cours de la gestation, il est compréhensible que cette veine soit plus comprimée que celle de droite.

FORMES CLINIQUES

Il n'entre pas dans notre intention d'écrire un chapitre de forme cliniques de la *phlegmatia alba dolens* au cours de la grossesse. Suivant les angles sous lesquels on envisage la question, on peut distinguer de nombreuses variétés.

Cependant au point de vue pathologique, deux aspects assez différents se dégagent de l'étude clinique :

La première, apyrétique ou dyscrasique, est caractérisée par le peu d'intensité de ses signes fonctionnels et physiques, par l'absence presque complète de signes généraux et par sa surprenante rapidité d'évolution.

Sur les 26 observations, la moitié rentre dans cette catégorie ; à part deux cas observés dans le 3^e mois de la grossesse, tous les autres se situent entre le 6^e et le 9^e mois.

Comme l'indique son nom, elle évolue sans élévation de température et sans accélération du pouls.

La seconde, fébrile, mais plus souvent subfébrile, dénote un état infectieux le plus souvent léger. Nous l'avons rencontrée dans 11 cas. Ce qui la différencie de

la première c'est son début insidieux, l'élévation de la température qui se maintient aux environs de 37°5, et que nous n'avons jamais vu dépasser 38°. L'accélération non constante du pouls, qui, sur ces 11 cas, s'est manifestée 9 fois. Il semblerait, d'après l'ensemble des observations recueillies, que cette forme insidieuse se manifeste en général avant le 7^e mois. En effet, sur ces 11 cas, 4 seulement sont apparus au cours des 7^e et 8^e mois de la gestation.

Quand les signes d'infection manquent, on trouve des signes discrets de phlébite pelvienne, de cordons indurés latéro-pelviens, des troubles de la défécation, de la miction ou une légère infection utérine.

La période d'état de la *phlegmatia alba dolens* de la grossesse est des plus variables. Dans les formes apyrétiques elle est de 15 jours, parfois moins, au bout desquels œdème et douleurs ont disparu.

Plus souvent, les malades qui sont entrées à l'hôpital au 7^e mois de leur gestation, y restent jusqu'à l'accouchement, l'œdème ne disparaissant complètement que pendant la période du post-partum, comme si l'œdème était uniquement dû à une compression veineuse d'origine utéro-gravidique.

Le membre est le siège de picottements, d'engourdissement progressif, de pesanteur, de douleur lancinante quand elle est à début brusque, mais jamais aussi intense que celle de la phlébite du post-partum.

Nous avons relevé 8 cas d'embolie :

Deux sont préalables à la phlébite : n° VI, embolie traumatique par fracture double de jambe ; n° XIII,

début brutal par embolie : point de côté droit, dyspnée, perte de connaissance.

Une embolie juxta phlébitique (n° XI),

Cinq post-phlébitiques (obs. n° VIII), une dizaine de jours après l'accouchement, 4 semaines après le début de la phlébite.

Obs. n° XIII : 15 jours après le début de la phlébite, embolie pulmonaire au 5^e mois.

Obs. n° XXI : mort brutale par embolie à forme syncopale quelques jours après le début d'une péri-phlébite variqueuse au 6^e mois.

Obs. XXIII : embolie pulmonaire légère 15 jours après le début d'une phlébite droite succédant à une phlébite gauche à 15 jours d'intervalle au 7^e mois de la grossesse.

Enfin, obs. XXVI : mort brutale par embolie.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Il est difficile de confondre une *phlegmatia alba dolens* avec un œdème cardiaque ou rénal. Ces sortes d'œdèmes sont presque, sinon toujours, bilatéraux et symétriques, mous et non douloureux.

Avec une névrite du crural, le diagnostic est plus difficile ; mais dans la phlébite l'impotence frappe de la même façon les divers groupes musculaires.

Le diagnostic est facile. Les observations n^{os} XXVII et XXVIII montrent, comme le dit M. A. Fruhinsholz, « qu'il faut prendre un certain recul avant de conclure à la réalité d'une *phlegmatia gravidique*, d'autant que le cortège clinique habituel (pouls et température) de celle-ci manque souvent et que les caractères propres de l'œdème peuvent donner le change ». En effet, dans ces deux observations où le diagnostic de *phlegmatia*, porté ferme tout d'abord, ne se confirma pas par la suite. Dans l'une, il s'agissait d'une multipare fibromateuse (Obs. n^o XXVII) chez qui, en coïncidence avec l'engagement de la tête fœtale et avec une accélération légère du pouls, apparut un œdème

phlegmasique typique de tout le membre inférieur gauche en contraste avec l'intégrité du membre opposé ; on croit à une phlébite ; la femme accouche quelques jours après, sans le moindre incident, et l'œdème disparaît aussitôt. Dans l'autre cas (obs. n° XXVIII) plus singulier, j'ai vu à la suite de la rétention à frottement doux d'un utérus gravide retroversé de plus de trois mois, avec rétention d'urine s'installer, chez une multipare, le tableau clinique d'une phlegmatia droite ; au bout de trois jours, tout rentrait dans l'ordre, comme s'il n'y avait eu qu'une compression ou une coudure ou un spasme vasculaire. »

Il existe encore, par compression aortique d'un utérus gravide, un œdème des membres inférieurs, des lèvres. Les femmes souvent présentent des varices des membres inférieurs dès le début des premiers mois. Mais c'est surtout après l'engagement que se produisent les dilatations veineuses par ralentissement au retour du torrent circulatoire.

Mentionnons les œdèmes qui surviennent au cours de la grossesse et qui sont tout à fait banals, mais qui peuvent quelquefois présenter quelques difficultés de diagnostic. Insistons en premier lieu sur les œdèmes mécaniques dus à la compression des veines pelviennes par l'utérus gravide et qui surviennent le plus souvent à partir de la deuxième moitié de la grossesse.

Ensuite les œdèmes dus aux varices précoces, qui apparaissent dès le premier mois de la grossesse chez certaines femmes prédisposées.

Enfin, les œdèmes statiques survenant chez des femmes travaillant toute la journée debout.

La caractéristique de ces œdèmes est qu'ils ne sont pas douloureux et surtout disparaissent très facilement au repos et dans peu de temps. Une nuit de repos est suffisante pour les faire disparaître, mais ils peuvent revenir aussi facilement à la suite d'une fatigue.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

Il nous semble que le pronostic de la *phlegmatia alba dolens* de la gestation doit, comme toute phlébite, être subordonné aux embolies.

OBSERVATION N°	INCIDENT DURANT LA GROSSESSE
VII	Avortement à quatre mois et demi
XXI	Embolie mortelle à six mois
XXVI	Embolie mortelle à deux mois
XI	Embolie concomitante
VIII - XIII - XXIII	Embolie post-phlébitique

S'il n'existe pas de troubles circulatoires apparents, il ne faut pas oublier que sur nos 26 malades, l'une (obs. n° VII), due à l'obligeance de M. Hartmann, fit un avortement de 4 mois 1/2 avec rétention de caduque un mois et demi après le début de sa phlébite, caduque qui s'élimina spontanément au bout de quelques jours et qu'on avait délibérément laissée, vu la phlébite récente de la malade et son utérus fibromateux, dont un nodule était ramolli, en voie de dégénérescence.

Une autre (obs. n° XXI) se termina par une embolie mortelle ; l'extension excessivement rare d'une péri-phlébite variqueuse avait fait méconnaître une phlébite. Et l'on n'avait pas immobilisé la malade, qui succomba brusquement au 6^e mois de la grossesse.

Une troisième (obs. n° XXVI) malheureusement très incomplète, où la gestante succomba également par embolie au 2^e mois de sa première grossesse, après une phlegmatia légère.

Dans les autres cas, il n'y eut pas de complication du côté de la grossesse.

Pour ce qui est du pronostic plus lointain, nous pouvons facilement nous rendre compte que sur 23 cas il y eut 17 accouchements à terme et 5 accouchements prématurés, le plus proche à trois semaines du début de la phlébite (obs. n° VIII, due à l'amabilité de M. H. Vermelin).

Comme incidents au cours de l'accouchement, notons :

Obs. n° II : un enfant de petit format, pathologique de 1.850 gr. avec un placenta de 600 gr., présentant un cranio-tabès chez une femme spécifique ayant perdu les eaux avant le 7^e mois.

Obs. n° V : un gros enfant de 4.200 gr. chez une endométritique.

Obs. n° VIII : tendance à l'hémorragie chez une colibacillaire.

Obs. n° XII : un gros enfant de 4.000 gr. ; application de forceps dans l'obs. n° XIII, chez une femme poussant très mal, fatiguée.

Obs. n° XVII : accouchement prématuré d'un enfant de 1.700 gr. qui ne vécut que 2 heures, chez une colibacillaire.

Couvellaire (Com. orale à M. Fruhinsholz) eut à déplorer un cas mortel survenu à l'occasion du travail.

Le post-partum fut troublé dans les observations suivantes :

Obs. n° III (rapportée par Hartemann — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*) : chez une colibacillurique, une phlébite droite apparut insidieusement 7 semaines après l'éclosion de la première phlébite à gauche, au cours de la gestation.

Obs. n° VIII : chez une colibacillurique également, dans les premiers jours se manifesta une tendance à l'hémorragie, avec décalage de la température et du pouls, qui s'éleva à 120. Le 10^e jour, la température monta à 37°8 (la phlébite toujours apyrétique), hémorragie assez abondante. Dans les jours suivants : ballonnement du ventre, sensibilité latéro-utérine bilatérale. La température oscilla entre 38 et 39°5 durant trois semaines. Il se manifesta un œdème fugace des deux membres inférieurs au niveau de leur racine. En fait, il s'agissait bien d'une phlébite utéro-pelvienne. Cette femme présentait du colibacille dans ses urines. Six semaines après l'accouchement, tout était rentré dans l'ordre.

Obs. n° XII : cette cardiaque présenta, dans les jours qui ont suivi l'accouchement, une douleur brutale dans l'hémithorax droit, avec crachat hémoptoïque. Cette

embolie semble bien d'origine phlegmasique, encore que l'origine cardiaque doive en être discutée.

Obs. n° XIII : 4 jours après l'accouchement, poussée de pyélonéphrite durant 6 jours. L'enfant, qui avait subi une application de forceps, meurt âgé d'un mois.

Obs. n° XV : Hémorragie, post-partum fébrile, traduisant probablement une poussée de colibacillose et revenu à la normale 15 jours après l'accouchement.

Obs. n° XVI : nombreuses apparitions d'orgelets, traduisant l'intoxication gastro-intestinale d'une colibacillaire.

Obs. n° XXIV : huit jours après l'accouchement, soit 7 mois après une *phlegmatia alba dolens* droite, apparaît brutalement avec phénomènes emboliques, élévation de température et accélération du pouls, une phlébite du même côté.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

A. — Au moment de la constitution de la phlébite, comme le dit si justement A. Brindeau dans le tome II de « La pratique de l'Art des accouchements », le traitement se résume en un seul mot : l'immobilisation.

Cette immobilisation doit être aussi précoce que possible, afin d'éviter les complications quelquefois mortelles, comme celle de l'observation n° XXI, où la périphlébite variqueuse avait masqué la phlébite plus profonde et où la femme non immobilisée décéda brusquement.

Le meilleur procédé d'immobilisation nous paraît être celui réalisé avec des balles d'avoine, sur lesquelles se moule le membre phlegmasique.

De cette façon, on réalise une immobilisation idéale et non douloureuse, la jambe restant à l'air ; il est toujours possible de surveiller l'évolution de l'œdème. Les gouttières en fil de fer sont mal supportées, douloureuses, et ne réalisent pas une immobilisation parfaite.

En cas de phlébite double, il faut, autant que possible, installer la malade sur un lit mécanique.

Mais le point important et très délicat du traitement c'est la durée d'immobilisation. Si on mobilise trop vite, on risque l'embolie, si on prolonge l'immobilisation, on s'expose à des séquelles graves.

En principe, quand la phlegmatia s'est accompagnée d'élévation de température et d'accélération du pouls, on peut commencer la mobilisation environ deux semaines après le retour de la normale du pouls et de la température.

Dans les formes apyrétiques de la phlébite, formes qui sont caractérisées par une extraordinaire rapidité de résorption de l'œdème, on pourra mobiliser la gestante quelques jours après cette disparition.

Dans tous les cas, la mobilisation devra être douce et méthodique. D'abord mouvements passifs des orteils, puis progressivement du cou de pied, du genou et de la hanche, tout en surveillant le pouls et la température. Puis on commence les mouvements sans résistance, ensuite avec résistance, et ce n'est qu'après toutes ces manœuvres que le lever est permis.

Les onguents au mercure ou au collargol, les injections de métaux colloïdaux ou de sérums, les applications de compresses chaudes sont, sinon nuisibles, toujours inutiles.

Dernièrement, on a préconisé la pose de sangsues au niveau du canal crural.

B. — Au moment de l'accouchement, sous les efforts, il y a afflux sanguin, augmentation de la tension artérielle, qui pourraient donner des embolies.

Sur les 23 accouchements, 19 se passent sans intervention et sans autre incident que dans le post-partum :

Obs. n° III : phlébite,

Obs. n° VIII : phlébite utéro-pelvienne,

Obs. n° XII : embolie,

Obs. n° XXIV : phlébite, soit quatre incidents légers.

Lorsque l'on intervient par application de forceps, la femme étant endormie, la tension artérielle ne monte pas, pas d'afflux sanguin non plus; mais outre que le forceps constitue toujours un traumatisme, il y a encore la question toujours possible d'une infection.

Sur ces 23 accouchements : il y a 4 forceps.

N° XIII : qui fit une pyélonéphrite; enfant mort à 1 mois.

N° XV : post-partum fébrile, durant 15 jours; hémorragie.

N° XXII : normal.

N° XXIII : hémorragie nécessitant une délivrance artificielle.

Il nous semble donc que l'on ne doive pas intervenir à l'occasion de l'accouchement en particulier, et comme le dit M. A. Fruhinsholz, que l'on n'ait pas à s'en repentir.

Cependant, comme le rapporte ce dernier, on conçoit « qu'on puisse être amené, devant certains cas complexes, comme Couvelaire y a été amené (insertion vicieuse, phlébite à proximité de l'accouchement) à

envisager, à conseiller ou à réaliser l'opération césarienne avec extériorisation selon le procédé de Portes.»

Les malades qui présentent des séquelles de leur phlegmatia et qui peuvent en supporter les frais seront envoyées avec avantages quelques mois plus tard dans les stations thermales, telles que Bagnoles-de-l'Orne, ou Dax, Saint-Amand, ou Salies-de-Béarn.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation I

Maternité ; septembre 1924, n° 840.

27 ans ; 2^e grossesse, sans profession.

Réglée à 13 ans ; durée 4 jours ; douloureuses avant le mariage. — Avortement de 4 mois et demi.

A eu ses dernières règles le 14 décembre 1923. Débuts de la grossesse : normaux ; le 10 juillet, quelques douleurs dans le membre inférieur gauche, qui s'accroissent les jours suivants, en même temps qu'augmentent de volume jambe et cuisse. Pas de température.

Le 13 juillet (3 jours après l'apparition de ces douleurs), la femme, incapable de marcher, s'alite. A ce moment aurait été notée une faible quantité d'albumine. La femme demeure immobilisée jusqu'à son entrée à la Maternité de Nancy, le 25 août. A ce moment, le membre inférieur gauche est encore très volumineux, quoiqu'au dire de la malade il ait diminué. Cette augmentation de volume porte sur les différentes parties du membre. Les saillies de la région rotulienne ne sont plus perceptibles. Le membre a un aspect très légèrement rosé. Au palper, on constate un œdème dur de tout le membre. L'hydarthrose du genou ne peut être recherchée. La mensuration donne au milieu de la ligne épino iliaque antéro-supérieure — sommet de la rotule — 72 cen-

timètres, alors que, du côté sain, elle n'est que de 52 centimètres. Nous sommes donc en présence de phlébite semblant être en voie de régression.

Le palper abdominal révèle dans la région sus-pubienne une masse irrégulière, du volume du poing environ, de consistance très dure, et de plusieurs autres petits nodules de caractères identiques dans la région hypogastrique gauche et sur le fond droit de l'utérus. On pose le diagnostic de noyaux fibromateux.

A partir du 5 septembre, on commence une mobilisation progressive du membre inférieur gauche.

Le 9 septembre, à 17 h. 45, début des contractions. Délivrement en O. P., à 20 h. 10. Extraction simple du placenta à 20 h. 20. L'enfant pèse 3.340 gr. Le placenta, allongé, présentant des dépôts calcaires.

Le post-partum est normal.

Observation II

Maternité Nancy, janvier 1932 ; n° 59.

24 ans ; 1^{re} gestation, sans profession.

Règles régulières toutes les 5 semaines, d'une durée de 4 jours, indolores, peu abondantes.

Dernières règles : du 26 au 30 avril 1931.

Vomissements matinaux les 6 premières semaines.

Le 18 novembre 1931, la femme, qui souffrait de douleurs dans le côté droit, perd brusquement les eaux. Le liquide est abondant, clair. La rupture a eu lieu le matin, alors que cette femme vaquait à ses occupations. Cet écoulement se produit à plusieurs reprises.

Le 21 novembre (3 jours après la rupture), sans que la femme ait rien remarqué, le membre inférieur gauche devient douloureux et augmente de volume. On diagnostique une phlébite légère et on immobilise le membre.

Vers le 10 décembre (15 jours après), douleur dans le membre inférieur droit, localisée à l'aîne, s'irradiant vers le mollet et la plante du pied ; douleur comparée à la

piqûre de pointes d'aiguilles et rendant la marche impossible. La douleur du membre inférieur gauche est plus violente. Avec le repos, ces douleurs s'atténuent, surtout à droite, où le membre s'est toujours montré moins augmenté de volume. $0^{\circ} = 37^{\circ}5$.

Le 13 janvier, la femme entre à la Maternité de Nancy. L'examen montre un membre inférieur gauche comme sain. A droite, augmentation du volume, surtout marquée à la cuisse. Hydarthrose légère du genou. Oedème avec godet du cou-de-pied ; circulation veineuse superficielle. Ce membre est immobilisé en extension, avec raideur articulaire légère sans ankylose. Augmentation de 0 locale. Pas de cordon phlébitique perceptible. Elle se plaint de douleurs lombaires et dit avoir constamment mouillé depuis le 18 novembre.

Au palper : siège qui s'amorce.

Au toucher : poche paraissant rompue ; présentation du siège, mode des fesses.

A 1 h. 20, le siège apparaît à l'orifice vulvaire. Le diamètre bi-trochantérien met plus d'une heure et demie à forcer le périnée post ; la hanche gauche antérieure se dégage lentement ; l'orifice rectal apparaît avec ses expulsions de méconium à chaque poussée de la femme. Enfin, la hanche postérieure finit par forcer le coccyx.

A partir de ce moment, l'expulsion se précipite.

La manœuvre de Mauriceau s'achève par la naissance d'un enfant en état de mort apparente. Il est 3 heures. Cet enfant est très petit ; il pèse 1850 gr. Les os du crâne sont très mous ; les fontanelles béantes. La tête qui, sans l'intermédiaire d'une poche des eaux rompue de longue date, a subi une compression prolongée, est disymétrique, complètement déformée. Le cœur bat, mais de loin en loin. Il se produit une inspiration. Après 10 minutes de frictions, suspension, bain, respiration artificielle, on obtient un faible cri qui ne se renouvelle pas. Après quelques rares inspirations, l'enfant se refroidit et meurt.

Le placenta est extrêmement friable ; les cotylédons se déchirent au moindre contact. Le placenta, qui pèse 600 gr., est épais et rappelle le placenta Chateaubillant.

Observation III

Maternité Nancy ; novembre à décembre 1934 ; n° 2054 (Hartemann).

32 ans ; 1^{re} gestation ; repasseuse.

Réglée à 11 ans, régulièrement, sans douleur.

Constipation avant, mais, surtout depuis la grossesse, constipation opiniâtre.

Dernière règle du 2 au 6 mars 1934.

Le 26 octobre : impotence brusque de la jambe gauche avec douleur à type de crampes.

Mesuration. — 27 décembre : Jambe gauche : Mollet, 36 centimètres ; cuisse, 56 centimètres. — Jambe droite : mollet, 37 centimètres ; cuisse, 50 centimètres.

Mesuration. — 8 novembre : Jambe gauche : Mollet, 31 centimètres ; cuisse, 47 centimètres. — Jambe droite : mollet, 32 centimètres ; cuisse, 45 centimètres.

Mesuration. — 16 novembre : Jambe gauche : mollet, 32 centimètres ; cuisse, 47 centimètres. — Jambe droite : mollet, 31 centimètres ; cuisse, 46 centimètres.

Mesuration. — 23 novembre : Jambe gauche : mollet, 32 centimètres ; cuisse, 47 centimètres.

Le 22 novembre, la femme accuse quelques douleurs en urinant. On pratique un cathétérisme vésical pour examen cytologique des urines, et l'on trouve du colibacille. Il s'agit donc vraisemblablement d'une phlébite d'origine colibacillaire. L'évolution en est normale.

Le 29 novembre, les signes de phlébite ont disparu. Persistance d'un peu d'accélération du pouls. On autorise le lever. Aucun incident.

Le 8 décembre, l'accouchement se fait sans aucune difficulté du fait de la phlébite ancienne, toute trace d'impotence ayant disparu.

Enfant de 2650 gr. ; placenta de 450 gr.

Le 16 décembre, apparition, depuis 2 ou 3 jours, de douleurs dans le membre inférieur droit. A ce moment,

douleurs vives dans le mollet, légère hydarthrose. Le 17 décembre, pouls à 120, œdème blanc du membre inférieur droit, hydarthrose, impotence.

Mesuration. — 16 décembre : Jambe droite : mollet, 35 centimètres ; cuisse, 50 centimètres. — Jambe gauche : mollet, 31 centimètres ; cuisse, 47 centimètres.

Mesuration. — 21 décembre : Jambe droite : mollet, 37 centimètres ; cuisse, 54 centimètres.

Mesuration. — 29 décembre : Jambe droite : mollet, 32 centimètres ; cuisse, 51 centimètres.

A partir du 29 décembre, pouls et température redeviennent normaux.

Observation IV

Observation succincte due à l'obligeance
de M. le professeur FRUHINSOLZ

Il s'agit d'une jeune primipare qui, au cours de sa gestation, fit plusieurs hémorragies dues à une insertion basse du placenta.

Au début du 8^e mois apparaît une *phlegmatia alba dolens* gauche. Cette phlébite débute d'une manière insidieuse sans la moindre élévation de température et sans aucune accélération du pouls.

L'accouchement fut prématuré, sans aucun incident. Le post-partum fut normal.

Observation V

Observation succincte due à l'obligeance
de M. le professeur FRUHINSOLZ

Nous sommes en présence d'une femme enceinte âgée de 25 ans, qui, dans les années précédentes, fit deux avortements. Elle en est à sa 3^e gestation.

Avant la gestation actuelle, elle souffrait d'endométrite.

Durant les deux premiers mois de cette gestation, elle eut des pertes sanguinolentes. Et c'est durant ce second mois

qu'apparut une phlébite du membre inférieur gauche, accompagnée d'un état subfébrile assez marqué.

Cependant l'accouchement, qui eut lieu à terme, ne fut marqué d'aucun incident et donna lieu à la naissance d'un gros enfant de 4.200 gr.

Les suites de couches furent normales.

Observation VI

Observation inédite et succincte
due à l'obligeance de M. le professeur FRUHNSHOLZ

D'âge moyen, cette multipare en est à sa cinquième gestation.

Au cours du deuxième mois de cette grossesse, elle fut atteinte d'une fracture double de la jambe gauche.

Cette fracture fut suivie d'une embolie, embolie traumatique.

Une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche se déclara immédiatement à la suite de cette embolie traumatique, phlébite qui évolua sans aucune augmentation de la température et sans accélération du pouls.

Un léger état subfébrile, de courte durée, secondaire à la phlébite, apparut alors.

Il n'y eut aucun incident au moment de l'accouchement et le post-partum fut normal.

Observation VII

Observation inédite due à l'amabilité de M. le docteur HARTEMANN
et publiée intégralement dans le *Bulletin d'Obstétrique de Nancy*
(novembre 1935)

Madame B..., 34 ans. — Deux grossesses antérieures ; métrite il y a 12 ans.

Le 23 décembre 1933 : utérus un peu gros, fibromateux à noyaux disséminés.

5 mai 1934 : utérus à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'ombilic ; métrite du col ; la femme est perdue

de vue jusqu'au 4 mai 1935 : grossesse actuelle ; les dernières règles remontent aux 17-19 mars 1935.

11 juin 1935 : crises douloureuses dans le bas-ventre. Utérus à deux travers de doigt sous l'ombilic ; utérus devenu sensible, surtout au niveau d'un nodule fibreux, situé sur le fond droit de cet utérus. Légère élévation de température aux environs de 37°5 (température rectale).

19 juin 1935 : crises douloureuses dans le bas-ventre, à droite (le fibrome est devenu mou). Quelques jours après, phlegmatia du membre inférieur droit. La température, qui évoluait entre 37° et 37° 5, monte légèrement : 37° 9. Pouls entre 90 et 105 pulsations à la minute.

Le 4 août, avant qu'on ne lève la malade et tout étant redevenu normal, entrée en travail et avortement sans incident.

Légère rétension de caduque que délibérément on ne va pas chercher, vu l'utérus fibromateux légèrement dégénéré et la phlébite consécutive.

Le post-partum est normal. Aucun incident du côté du membre phlébitique ; lever le 15 août, 10 jours après l'avortement.

Observation VIII

Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé H. VERMELIN
et inédite

Mme Q... est venue pour la première fois en 1932 ; âgée de 28 ans, elle a toujours été bien réglée ; mariée en 1916, elle a eu une première grossesse en 1928, terminée spontanément à terme par la naissance d'un enfant vivant, qu'elle a nourri 6 mois.

Les dernières règles remontent au 8 juillet 1931 et la grossesse a évolué au début sans aucune particularité. Le 15 mars 1932, brusquement, elle est prise d'une douleur aiguë dans la cuisse gauche et peu à peu, s'installent tous les signes extérieurs d'une phlébite franche.

Le 28 mars, la malade est transportée à Nancy, en prévision d'un accouchement redouté par la famille et le médecin.

Tout le membre inférieur gauche est oedématié et l'immobilisation complète instituée en bonne position.

L'accouchement se déclenche le 5 avril : accouchement rapide d'un garçon de 3.200 gr., vigoureux. La délivrance est normale, mais M. le professeur Vermelin note à ce moment une tendance à l'hémorragie ; le sang est parfaitement fluide. Dans les premiers jours, le docteur Vermelin note également le décalage du pouls et de la température. Alors que cette dernière est normale, le pouls se maintient aux environs de 120.

Le 10^e jour, la température axillaire s'élève à 37°8, en même temps que se produit une hémorragie assez abondante. Avec toutes les précautions possibles, il est procédé à une exploration digitale de la cavité utérine, qui est vide.

Dans les jours suivants, on constate du ballonnement du ventre, avec un peu de sensibilité latéro-utérine bilatérale.

La température oscille pendant trois semaines entre 38 et 39°5. Les urines vésicales, recueillies par cathétérisme, renferment du colibacille en abondance. Au cours de ces trois semaines, il se manifeste un peu d'oedème fugace des deux membres inférieurs, au niveau de leurs racines.

Le 15 mai, l'apyrexie est totale et le lever effectué le 23 mai, sans aucune complication. En fait, il s'agit d'une phlébite utéro-pelvienne.

La 3^e grossesse évolue en 1933 sans incident. Le docteur Vermelin donne préventivement du bactériophage d'une façon régulière. L'accouchement a lieu le 7 décembre 1933 ; l'enfant est expulsé en présentation du siège. Dans les incidents de la délivrance ; délivrance artificielle. Les suites sont normales.

4^e grossesse en 1935, actuellement en évolution. Au 4^e mois, crise aiguë de pyélonéphrite, qui cède au traitement médical. L'accouchement est attendu courant décembre.

Observation IX

RAMOND (*Presse Médicale*, 26 juillet 1930, n° 60, page 1019)

Le 28 décembre 1933, Mme L..., âgée de 32 ans, primipare enceinte de 7 mois et demi, entre salle Roustan.

Son membre inférieur gauche est augmenté de volume

et présente un œdème blanc étendu du pied à l'aîne et au niveau duquel on peut produire assez facilement le godet.

La palpation en est douloureuse, principalement le long de la veine fémorale, qu'on ne sent pas. L'impotence fonctionnelle du membre n'est pas absolue, mais la malade sent sa jambe lourde, et elle a de la peine à détacher le pied gauche du plan du lit.

Il existe un peu d'hydarthrose du genou gauche, comme en témoigne le choc rotulien.

La feuille de température montre l'absence de fièvre. Le pouls est normal, à 72 par minute.

La malade raconte qu'il y a un mois elle a été prise soudain de douleurs vives dans le bas-ventre et les deux aînes, avec prédominance à gauche. Deux jours après, les douleurs pelviennes avaient disparu ; 7 jours après, la malade, étant restée alitée, éprouve des crampes dans le mollet. Elle voit augmenter ses spasmes musculaires dans les jumeaux, sa cheville gauche commence à enfler, sa jambe devient très lourde. Elle entre à l'hôpital Laennec avec le diagnostic de « phlébite du membre inférieur gauche ».

Une vingtaine de jours après le début de sa *phlegmatia alba dolens gauche*, elle est prise de crampes dans le mollet droit, puis dans la cuisse et l'aîne droites. Elle voit sa cheville enfler et peu à peu l'œdème gagne tout le membre inférieur droit. La température, durant ce temps, n'a pas augmenté d'un dixième et le pouls d'une seule pulsation par minute.

Le 12 février, Mme L... a mis au monde un garçon de 3.680 gr., avec un pied bot gauche. Aucun incident dans les suites de couches.

Observation X

RUDATX (La Clinique, 12 janvier 1912.)

Cette *phlegmatia alba dolens* double et typique est survenue au cinquième mois d'une grossesse, chez une femme n'ayant aucune trace de varices au niveau des membres inférieurs et n'ayant présenté aucune manifestation infectieuse.

Cette phlegmatia débute par le membre inférieur gauche ; à une douleur très aiguë dans le pli de l'aîne et le mollet succéda un œdème blanc et douloureux, mais le pouls et la température, qui étaient régulièrement pris depuis 15 jours matin et soir, restèrent toujours normaux. Dix jours plus tard, les mêmes phénomènes, douleur et œdème, apparaissent du côté droit, sans déterminer aucune modification du pouls et de la température.

La seule cause qu'on puisse incriminer pour expliquer la pathogénie de cette double phlébite est une tumeur mobile, ovarienne, située sur le côté droit de l'utérus gravide. Cette tumeur, qui devint douloureuse dans le courant du 4^e mois de la grossesse, nécessita le repos absolu au lit, et c'est à cause d'elle qu'on prit régulièrement le pouls et la température.

La coïncidence de cette tumeur dure et très mobile, qui ne fut douloureuse que pendant quelques jours, et de la phlébite, éveilla l'idée d'un néoplasme. Son volume ne se modifia pas pendant les derniers mois de la grossesse, qui évolua normalement. Une intervention chirurgicale avait été envisagée. Les urines, qui ont été recueillies régulièrement tous les jours, n'ont jamais cessé d'être normales en quantité et elles n'ont jamais renfermé la moindre trace d'albumine.

L'accouchement eut lieu dans le courant du 8^e mois. Les suites de couches furent apyrétiques et aucune complication ne survint dans le système veineux.

La tumeur rentra dans le petit bassin, en même temps que l'utérus. Nous avons à plusieurs reprises examiné les annexes dans le deuxième mois qui suivit l'accouchement ; la tumeur a nettement diminué de volume, elle est indolore et très mobile, et elle est située dans le cul-de-sac latéral gauche.

Observation XI

AUDEBERT. - (Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, juillet 1906.)

Il s'agit d'une femme âgée de 28 ans, qui a eu deux grossesses antérieures.

Au sixième mois de la troisième grossesse, apparaît une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche, avec embolie légère concomitante.

La phlébite évolue sans augmentation de la température qui se maintient aux environs de 37°, et sans accélération du pouls qui se maintient à 78-80 pulsations par minute.

Au cours du 9^e mois, cette femme fait une pyélite gauche (même côté que la phlébite antérieure).

L'accouchement est sans incident. Un enfant normal, pesant 3.650 gr., naît à terme. Le post-partum est sans histoire.

Il est à remarquer que la mère de cette femme eut plusieurs phlébites ; il y a donc dans ce cas une hérédité veineuse certaine.

Observation XII

I

Les six observations suivantes ont été extraites de la thèse du docteur BARDIN (Paris 1925) :

Mme G..., 39 ans ; huitième grossesse ; 3 avortements antérieurs ; un enfant né mutilé. — Hématurie pendant une grossesse. Rhumatismes articulaires aigus à 36 ans.

Femme cardiopathique ; albuminurie légère, d'origine colibacillaire probable.

Au 8^e mois, phlegmatia du membre inférieur droit, sans température ni accélération du pouls.

Enfant bien portant, né à terme, pesant 4.000 gr.

Dans les jours qui ont suivi l'accouchement, une douleur assez brutale dans l'hémithorax droit, suivie d'un crachat hémoptoïque, est venue signer la réalité de cette phlébite, encore que l'origine cardiaque de cette embolie doive être discutée.

Observation XIII

II

Mme P..., 29 ans, primipare.

A eu souvent des céphalées, de la frilosité, de la fatigue générale.

Début brusque, par des phénomènes emboliques ; perte de connaissance ; dyspnée ; point de côté droit ; des phénomènes phlébitiques au 4^e mois de la grossesse. Dès le début, température oscillant autour de 38° ; pouls accéléré.

Localisation à la jambe gauche, puis, 15 jours après, à la jambe droite ; épisode pulmonaire 15 jours après.

La durée totale de cette phlébite double a été de 2 mois et demi.

Il est important de noter qu'il ne s'agit pas de phlébite à bascule.

Durant la grossesse et les suites de couches, la malade a présenté des signes manifestes de pyélonéphrite. Les urines étaient purulentes et la recherche du colibacille positive.

Extraction à terme, au moyen du forceps Tarnier, d'un enfant de 3.800 gr.

Crise de pyélonéphrite, 4 jours après l'accouchement, qui dure 6 jours. Tout rentre dans l'ordre.

Un mois après, décès de l'enfant.

Observation XIV

III

Mme L..., 30 ans, qui a perdu un enfant âgé de 26 mois, de méningite:

Femme constipée, qui éprouve souvent nausées et céphalées.

A 6 mois et demi, un examen montre un utérus surdistendu de liquide.

A 7 mois, phlébite du membre inférieur gauche qui a duré un mois, a évolué sans élévation de la température. Le pouls, qui était monté à 100 le premier jour, est redevenu normal.

Accouchement spontané, à terme, d'un enfant de 3.700 gr. Suites de couches normales.

Observation XV

IV

Mme F..., primipare de 20 ans.

Dernières règles 25 août 1924.

Le 29 mars 1924, début insidieux d'une phlébite du membre inférieur gauche, qui évolue sans accélération du pouls. Au palper, on trouve un siège en bas.

Le 9 mai, l'œdème a complètement disparu; on ramène la tête au détroit supérieur.

Le 9 juin : application du forceps Tarnier; enfant de 3.250 gr. facilement ranimé.

Après la délivrance : hémorragie.

Suites de couches fébriles. La courbe de température retombe à la normale le quinzième jour après l'accouchement.

Observation XVI

V

Mme A..., 27 ans, secondipare.

Dernières règles du 10 au 13 septembre 1922.

Le 12 avril 1923, douleur subite à l'aîne gauche, puis à la jambe gauche; le membre augmente de volume. Un œdème légèrement douloureux fait son apparition. Pas de notable élévation de température, qui oscille entre 37° et 37°5.

La malade était constipée, se plaignait de céphalées, de sueurs et de frissons.

Le 13 mai 1923, naissance à terme d'un enfant de 3.680 grammes.

Suites de couches normales.

Le membre inférieur gauche est toujours immobilisé.

Nombreuses apparitions d'orgelets, que l'on est obligé d'inciser, et constipation toujours opiniâtre.

Au bout d'un mois, la malade se lève, mais elle ne peut plier le genou gauche et présente de la raideur dans tout le membre.

Observation XVII

VI

Mme M..., 32 ans.

Fausse couche en septembre 1914, grossesse normale en 1917. Deuxième grossesse normale 3 ans après ; fausse couche de 4 mois en octobre 1921.

Dernières règles de mars 1923.

En août 1923, apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche à début insidieux, qui évolue avec une légère élévation de la température : 37°8, sans accélération du pouls.

Quelques jours après, une *phlegmatia alba dolens* fait son apparition au membre inférieur droit, sans qu'on remarque une élévation dans la courbe de température, et une accélération du pouls, qui était pris régulièrement deux fois par jour.

Le 16 septembre, un accouchement prématuré donne naissance à un enfant de 1700 gr., n'ayant vécu que 2 heures.

Fin novembre, la malade se lève.

La mère de cette femme a eu une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche.

L'interrogatoire nous a révélé que la malade souffrait depuis quelque temps de céphalées, s'accompagnant parfois de nausées, de frissons, de sueurs froides et d'asthénie. La température oscillait entre 37°2 et 37°6. Le diagnostic d'infection colibacillaire fut vérifié par l'examen des urines qui montra de nombreux colibacilles.

Observation XVIII

Les huit observations suivantes ont été extraites de la thèse d'Olivier Chazel (Paris, 1932).

I

Mme Tou..., âgée de 29 ans, enceinte de 7 mois et demi, a eu deux grossesses normales. Dans l'intervalle, une fausse couche, suivie de curettage. Actuellement, 4^e gestation. Elle

souffrit de varices un peu plus à chaque gestation. Le 21 octobre 1931 : vaste placard tuméfié rouge et douloureux de périphlébite de la jambe gauche.

Température aux alentours de 37°5.

Les 24 et 26, deux injections de propidon sans grandes réactions. Le 6 novembre, installation d'une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche ; la température est à peine au-dessus de la normale.

Le 3 décembre, la malade accouche normalement d'un enfant de 3.280 gr. Suites de couches normales. Le 17 décembre, l'œdème ayant presque complètement disparu, la femme sort de Tarnier avec son enfant.

Observation XIX

II

Mme Cor..., 39 ans, enceinte de 7 mois et demi, entre à la Maternité de la Pitié le 6 janvier 1932, pour toux, dyspnée, asthénie.

En 1925, elle a perdu une fille de 6 mois, de méningite bacillaire. Enceinte, pour la troisième fois actuellement. En septembre 1931, enceinte de 4 mois ; un examen de crachats et une réaction de Bordet-Wassermann auraient été tous deux positifs.

Quinze jours après son admission, la femme présente quelques pertes purulentes.

Le 19 janvier, insidieusement s'établit une phlébite des deux membres inférieurs, avec montée de la température à 38° ; phlébite surtout marquée à gauche.

L'œdème diminue, les douleurs cessent.

Le 17 février, douleurs et œdème augmentent sans élévation de température ni accélération du pouls.

Le 25, la femme accouche normalement d'un enfant de 3.250 gr. Suites de couches sans incidents. Le 12 mars, la mère et l'enfant, bien portants, sortent de la Maternité.

III

Mme Pre..., primipare, 18 ans.

Entre le 20 mai, enceinte de 6 mois.

Présente un léger état infectieux ; il existe de légères varices, mais à droite.

Insidieusement s'établit une phlébite du membre inférieur gauche, avec pouls accéléré nettement et température qui oscille autour de 38°.

Antécédents de la malade assez chargés :

Depuis l'âge de 13 ans, présente des bronchites chaque hiver, a fait deux séjours à San-Salvador. Présente depuis quelques années des pertes purulentes abondantes, qui persistent actuellement.

Son père, sa mère et son mari sont décédés de bacillose pulmonaire.

En 1927, la malade fut atteinte de pyélonéphrite, et ses urines sont toujours restées troubles depuis. Le rein gauche est sensible à la palpation.

Le toucher permet de sentir, à droite comme à gauche, appliqués contre les parois pelviennes, les cordons indurés que forment les branches des veines hypogastriques thrombosées.

Le 26 juin, un mois plus tard, la femme accouchait au terme de 7 mois d'une fille vivante pesant 4 livres.

Observation XXI

IV

Mme Lec..., 36 ans, primipare.

Admise le 20 octobre 1931 pour périphlébite et grossesse.

La jambe gauche est très tuméfiée, chaude, la peau tendue et rouge, et il existe des paquets variqueux au niveau desquels ces signes sont particulièrement marqués.

On porte le diagnostic de périphlébite variqueuse et on prescrit des compresses chaudes, sans immobilisation.

La malade est enceinte de 6 mois environ.

Pendant quatre jours, l'état reste stationnaire, la malade se plaignant de vives douleurs, surtout la nuit. L'œdème a tendance à s'étendre au-dessus du genou.

Le 25 octobre, au matin, la femme meurt brutalement d'une embolie à forme syncopale.

Observation XXII

V

Mme Ros..., âgée de 18 ans, enceinte de 6 mois et demi, entre le 28 juillet 1930 dans le service du docteur Comte, pour phlébite au cours de la grossesse. Le membre inférieur droit présentait tous les signes cliniques extérieurs d'une *phlegmatia alba dolens*, qui avait débuté insidieusement. La température oscillait entre 37° 5 et 38°. Le pouls était un peu accéléré. La résorption de l'œdème fut lente et n'était pas terminée quand, le 7 octobre, la femme est transportée à la Maternité où, le 9, le travail se prolongeant, elle est accouchée au forceps d'une fille de 3.540 gr.

Suites de couches normales.

Observation XXIII

VI

Mme Fou..., âgée de 32 ans, enceinte de 7 mois, entre le 8 avril 1932 dans le service du professeur Rathery, pour phlébite gauche.

Cette phlegmatia, à début insidieux, évolua sans température et sans accélération du pouls. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents. Quinze jours après, début d'une phlébite à droite, d'évolution semblable, mais à signes fonctionnels et physiques moins accentués, à résolution plus rapide. Le 26 mai, l'immobilisation des deux membres est supprimée. Une quinzaine de jours après le début de la deuxième phlébite, brusque et violent point de côté gauche,

sans crachat hémoptoïque. Le 5 juin, la femme accouchait d'un garçon de 3.150 gr. extrait par forceps pour lenteur de travail. Délivrance artificielle pour hémorragie — transfusion sanguine le soir. — Post-partum normal.

Observation XXIV

VII

Mme Le..., 27 ans, secondipare, était enceinte de trois mois, lorsque le 1^{er} novembre 1931, en quelques heures, s'installe une phlébite droite, non précédée d'un état infectieux, sans fièvre appréciable, sans accélération du pouls.

Après 10 jours d'immobilisation, l'œdème disparut. Le 20 mai 1932, accouchement d'une fille de 3.100 gr.

Huit jours après l'accouchement, quelques frissons, douleur à gauche dans le bas-ventre.

Le lendemain apparaît une *phlegmatia alba dolens* classique, à droite, beaucoup plus douloureuse que la précédente, avec choc rotulien, fièvre, accélération de pouls, à évolution beaucoup plus longue, tous signes la différenciant de la phlébite de sa grossesse.

Dans les antécédents : hérédité veineuse manifeste.

Observation XXV

VIII

Mme T. N..., ayant présenté en 1902 au cours de sa troisième grossesse, au terme de trois mois, une phlébite de la jambe gauche. Début insidieux à symptomatologie atténuée, sans signes généraux, à rétrocession rapide en 4 à 5 semaines. Mais la femme eut une rechute en août.

Le 2 décembre, accouchement normal.

Par la suite, cette femme a présenté trois phlébites à gauche et une à droite.

La grand'mère maternelle de la malade avait eu des phlébites et ses quatre sœurs ont toutes souffert de troubles veineux variés.

Observation XXVI

M.-S. REMY, Société de Médecine de Nancy du 25 juin 1919.

M. Remy rapporte l'observation d'une jeune femme, enceinte de 2 mois, atteinte d'une phlébite légère de la saphène interne, qui est morte brusquement d'une embolie. Il signale la rareté des observations de ce genre.

Observation XXVII

Pseudo phlébite - Maternité de Nancy, octobre-novembre 1923, n° 1177

Mme F..., 40 ans, troisième grossesse.

Grossesses antérieures sans histoires.

Dernières règles du 16 au 19 février 1923.

Laparotomie : 16 juin 1923 (grosse de 3 mois et demi).

Utérus fibromateux gravide.

19 octobre : on sent à la partie antéro-supérieure de l'utérus un fibrome interstitiel non douloureux. La pression de chaque côté de l'utérus au-dessus des arcades crurales est douloureux. Au toucher : petit sommet qui s'engage.

26 novembre : la tête est engagée ; œdème du membre inférieur gauche ; pouls accéléré, pas d'augmentation de la température locale ; pas de chaleur locale perceptible. Cet œdème est douloureux, le trajet de la fémorale sensible.

1^{er} décembre : accouchement d'un enfant étonné de 3.270 gr.

5 décembre : l'œdème diminue.

12 décembre : il n'existe plus d'œdème de la jambe gauche, mais la racine de la cuisse reste encore infiltrée.

(Oedème par utérus fibromateux gravide.)

Observation XXVIII

Œdème membre inférieur droit par rétroversion utérine.
Maternité de Nancy, janvier 1924, n° 97.

Mme P..., 38 ans, 7^e grossesse.

Les six précédentes sont normales ; dernières règles du 8 au 15 octobre 1924.

Depuis le 28 décembre, a constaté de la difficulté pour uriner et pour aller à la selle, s'accompagnant de douleurs violentes dans les régions hypogastriques droite et gauche. Les jours suivants, elle n'allait à la selle qu'après lavements ou purgatifs. Les mictions étaient fréquentes et peu abondantes. Fausses envies d'uriner nombreuses. Sondage vésical le 19 janvier au matin : 2 litres et demi.

Le 21 janvier, la femme se plaint de douleurs vives dans la cuisse droite, au niveau de laquelle on constate du gonflement et une circulation veineuse collatérale marquée.

Le 22, l'œdème est plus prononcé.

Le 23, sédation des douleurs, l'œdème a encore un peu augmenté.

Le 24, disparition de l'œdème.

Observation XXIX

J.-Ch. BLOCH et R. KOHN. - (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1^{er} mai 1933.)

Une malade à 7 mois et demi, d'une grossesse normale, fait une phlébite gauche, puis, dix jours plus tard, une occlusion intestinale aiguë de cause et de siège inconnus. On fait une laparatomie d'urgence, sus- et sous-ombilicale et on trouve un valvulus du côlon pelvien tordu une fois et demie sur lui-même sans lésion de l'anse ni du meso. La détorsion est très souple, mais la conduite à tenir pour le traitement est délicate du fait du volumineux utérus. Une sonde, introduite par l'anus, vide en partie l'anse dilatée et celle-ci est réintégrée dans l'abdomen. Dès le lendemain l'état s'aggrave. La température monte à 40, le pouls à 170, une phlébite apparaît au membre inférieur droit. En présence de cette septicémie, on fait une immuno-transfusion. Dans la nuit, la femme accouche d'un enfant mort. En 48 heures, le pouls et la température baissent, et les suites opératoires sont simples.



1
4
1
1
2
0
0
0
1
2
1
0
1
1
5

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

De ce rapide exposé, retenons que :

1° La phlébite est rare. Sur 30.000 accouchements environ à la Maternité de Nancy, nous n'avons relevé que 3 cas.

2° Elle survient généralement du 6^e au 9^e mois.

3° Elle a une prédilection nette pour le côté gauche.

4° Elle a une pathologie plus souvent intrinsèque qu'extrinsèque.

5° Elle a une symptomatologie souvent insidieuse.

6° Elle n'entraîne généralement pas d'accidents emboliques au moment de l'accouchement (ou elle les entraîne dans la proportion de 4 p. 100).

7° Elle peut récidiver ou basculer, dans le post-partum.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 25 octobre 1935.

Le Doyen

de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu :

Nancy, le 25 octobre 1935.

Le Président de Thèse,

A. FRUHINSHOLZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 26 octobre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, BENARD et GAGNEUX. — Leucocytose gravidique (Soc. Biologie, 1910).
- AUDEBERT et GILLES. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (juillet 1906).
- ARTHUS. — Etude de la coagulation du sang.
- BAR. — Leçon clinique de la clinique Tarnier, 1907.
- BARDIN (J.). — Quelques considérations sur la *phlegmatia alba dolens* au cours de la gestation (Thèse Paris, 1925).
- BRINDEAU (A.). — La pratique de l'art des accouchements, tome II.
- CHAZEL (O.). — Contribution à l'étude de la *phlegmatia alba dolens* dans la grossesse (thèse, Paris 1932).
- FRUHINSHOLZ (A.). — A propos de la *phlegmatia alba dolens* de la gestation (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, n° 3, mars 1935).
- GUÉNIOT (P.). — Un problème délicat. Quelle conduite tenir pour l'accouchement d'une gestante ayant une phlébite en évolution.
- HARTEMANN. — *Bulletin d'Obstétrique de Nancy* (novembre 1935).
- LABORDERIE. — *Phlegmatia alba dolens* survenue au 8^e mois d'une grossesse normale (*Journal de Science Médicale de Lille*, 1903, page 344).

LE LORIER. — *Phlegmatia alba dolens* de la grossesse et du post-partum (*Clinique et Laboratoire* n° 11, 20 novembre 1928, page 205).

— *Phlegmatia alba dolens* de la grossesse et du post-partum (*Revue Générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord et des colonies françaises*, n° 73, 15 février 1929, p. 251).

LYONNET (R.), STAIKOFF (I.). — La phlébite des femmes enceintes. Quelques considérations sur son aspect clinique et sa pathogénie (*Lyon Médical*, nov. 33, p. 521-528).

MATERNITÉ DE NANCY. — Octobre-novembre 1923, n° 1177 ; janvier 1924, n° 97 ; septembre 1924, n° 840 ; janvier 1932, n° 59 ; novembre-décembre 1934, n° 2054 et publiée par M. Hartemann dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*.

RAMOND. — Phlébite double chez une femme enceinte (*La Presse Médicale*, 26 juillet 1930, p. 1020).

REMY. — Société de Médecine de Nancy du 25 juin 1919.

RIBEMONT-DESSAIGNES-LEPAGE-LE LORIER. — *Traité d'obstétrique*.

RUDAUX (P.). — *Phlegmatia alba dolens* double au cours de la grossesse (*La Clinique*, 12 janvier 1912).

WEILL (P. E.)-BOCCAGE-ICH WALL. — Temps de saignement chez la femme enceinte (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1922).

BLOCH (J. CH.) et KOHN (R.), — Gestation compliquée de phlébite et d'obstruction intestinale aiguë par volvulus du côlon pelvien. Détorsion. Résection secondaire du côlon. Guérison (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1^{er} mai 1933).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — <i>Étiologie</i>	5
Date d'apparition	11
Localisation	12
Formes cliniques	15
CHAPITRE II. — <i>Diagnostic</i>	18
CHAPITRE III. — <i>Pronostic</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Traitement</i>	25
CHAPITRE V. — <i>Observations</i>	29
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	49

IMP. LORRAINE, RIGOT ET C^{ie} — NANCY
